

COCOPHA Versandapotheke  
 Retourenabteilung  
 Christophstr. 65  
 86956 Schongau  
 Germany

**Unverträglichkeitsformular**

Vorname, Nachname*	
Straße und Hausnummer*	
PLZ, Wohnort*	
Land*	
Telefonnummer*	
E-Mail-Adresse*	

Hiermit möchte ich folgende Bestellung bzw. Produkte retournieren aufgrund von **Unverträglichkeit**.

Angaben zur Bestellung:

Bestelldatum:*	Auftragsnummer:*	Kundennummer (sofern vorhanden): *

Angaben zu den Produkten für die eine Unverträglichkeit vorliegt: \*

Artikelnummer:	Artikelname:	Grund:

Die Unverträglichkeit des oben angegebenen Produkts bzw. der oben angegebenen Produkte hat sich wie folgt gezeigt: \*


Ich bestätige hiermit, dass die Angaben zur Unverträglichkeit korrekt sind. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten an den Hersteller der Produkte weitergeleitet werden dürfen. Durch die Übersendung der Daten an den Hersteller erhalte ich den vollen Artikelpreis zurück.\*

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift\*

\*Pflichtfelder